

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

w Warszawie:	{ rocznie.....	rs. 5	na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką:	{ rocznie.....	rs. 6
	{ półrocznie.....	2 kop. 50		{ półrocznie.....	„ 3
	{ kwartalnie.....	„ 1 „ 25			

Redakcyja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki szpitalnej. Zmiany w oku przy cierpieniach mózgowych. Spostrzeżenie XIV-te Zebrał i podał Dr. J. Talko. — Sprawozdania z posiedzeń Tow. lekarskich. Tow. lek. Warszawskie. Posiedzenia z dnia 1 i 15 Grudnia r. z. — Wykłady kliniczne. O zakaźnym zapaleniu czyli błonicy gardła. Wykład SENATOR'A. Streścił T. Ż-a. (Ciąg dalszy.) — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Nowy sposób podawania środków lekarskich. Leczenie ropni gruźli chłonnych za pomocą nakłóć włosowatych. Wstrzykiwania podskórne stricninny przeciw nocnemu moczeniu. Croton—chloral—hydrat. Leczenie koluszy. — Kronika miąsowa. Choroby panujące w Grudniu r. z. Wybory w Tow. lek. Warszawskiem. Nowi lekarze. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI SZPITALNEJ.

Zmiany w oku przy cierpieniach mózgowych.
(Materiał do cerebroskopii.)

Zebrał Dr. med. Józef Talko z Lublina.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 30, 33, 39, 51 i 52 Tomu I-go.)

XIV. Nowotwór mózdzku; wynacznienie krwi w około tarczy wzrokowej (*Tumor cerebelli; apoplexia peripapillaris*). — O oftalmoskopowych zmianach oczu przy nowotworach mózdzkowych wogólności

(Spostrzeżenie odczytane na posiedz. Tow. lek. Lubelskiego dnia 4 Lipca r. z.)

Od 20 Lutego do 7 Kwietnia r. z. leczono w szpitalu wojskowym. 28-letniego szeregowca pułku czernich. M. E. Chory ten zwracał uwagę kol. z powodu dosyć rzadkiego cierpienia mózgu. Wziąwszy na uwagę objawy jego choroby i opierając się na kilkakrotnych badaniach wzornikiem ocznym, rozpoznaliśmy, iż mamy do czynienia w tym razie z nowotworem w mózdzku, lub w jego sąsiedztwie, prawdopodobnie po stronie prawej. Rozbiór zwłok przekonał nas, że rozpoznanie nie było mylnem, z tą tylko różnicą, że nowotwór rozrastał się w lewej, nie zaś w prawej połowie mózdzku, jak to przypuszczaliśmy przy łożku chorego, opierając się głównie na oftalmoskopowych zmianach w prawej gałce ocznej.

Oddawna cierpiąc na bóle głowy (właściwie mózgowo bóle, *Gehirnschmerz*—jak je nazywał ROMBERG), M. E. nieraz uchylał się od obowiązków służbowych, aż nakoniec po 4-dniowym silnym bólu głowy, wymio-

tach, poprzedzonych ziębieniem, wstąpił do szpitala Lubelskiego. Nie mając zamiaru kreslenia opisu przebiegu jego choroby, lecz tylko powiększenie mojego „materyjału do cerebroskopii,” podaję tu w krótkości przypadłości chorobowe spostrzegane przy łóżku chorego podczas pobytu jego w szpitalu.

B ó ł g ł o w y ani na chwilę nie ustawał; szczególnie uskarżał się chory na bóle w tylnej części głowy i w karku. Utraciwszy słuch pod koniec choroby, odpowiadał tylko zawsze (widząc ruchy ust lekarza), że nie słyszy i że go ogromnie boli tył głowy, za który chwycił się dość często rękami.

W y m i o t y powtarzały się po kilka razy dziennie, przez cały czas choroby, szczególnie po jedzeniu i przy podniesieniu głowy; nieraz nawet przytem wychodziły i glisty (*ascarides*).

P o ł y k a n i e stało się w ostatnim tygodniu znacznie utrudnionem, chory przytem krztusił się; pochodziło to w skutek porażenia nerwu języko-gardzielowego lewego (*n. glossopharyngeus*). Objawy te przy umiarkowanym stanie gorączkowym (tętno 80—100), znacznie wycieńczyły chorego, który będąc dosyć pełnym s c h u d ł do niepoznania.

Z a w r o t u g ł o w y doświadczał przy siadaniu w łóżku; wkrótce potem następowały drgawki, nieraz przybierające postać tępcową (*opistotonus*), przy zachowaniu zupełnej świadomości.

Drgawkowe ruchy lewej kończyny górnej, pochodzące od kuczowego ściągania się ścięgien, prawie były nieustanne, raz objawiając się silniej, innym razem dosyć słabo, pod postacią trzęsienia się (*tremor*); kończyna ta prawie ciągle zgięta była w stawie łokciowym. Nieraz pokazywały się też i drgawkowe kucze mięśni kończyny dolnej lewej.

Przy badaniu c z u c i a na dni 10 przed śmiercią, znalazłem takowe zachowane li tylko w twarzy, przy ukłóciu zaś kończyn chory nie okazywał żadnych oznak bólu.

S ł u c h słabł stopniowo, poczynając od ucha lewego. 23 Marca zanotowałem, że lewem uchem chory zupełnie nie słyszy, a prawem tylko na odległości $\frac{3}{4}$ —1 stopy. 28 Marca zupełnie ogłuchł i na prawe ucho.

W z r o k u do ostatniej chwili nie utracił. Na 2 tygodnie przed śmiercią każdym okiem zosobna rozpoznawał tytułowe litery książki, następnie mógł liczyć palce rąk; jednak siła wzroku prawego oka była znacznie słabszą i, jak się pokazało przy badaniu wzornikiem, tłumaczyło się to przepełnieniem naczyń żylnych tarczy i siatkówki, z wynaczynieniem krwi wokół tarczy wzrokowej. 23 Marca znalazłem dwa takie wynaczynienia, a 5-go Kwiecia było ich już 5. Dno oka lewego do ostatniej chwili życia pozostało prawidłowem, w tarczy widać było fizyjologiczną wklęsłość (*excavatio physiologica*), gdy tymczasem tarcza nerwu prawego silnie była przekrwioną, co maskowało fizyjologiczną jej wklęsłość, a pod koniec życia i zarysy jej stały się niejasne (*oedema peripapillare*). Zrenice po większej części zawsze rozszerzone (8 mm.), szczególnie prawa, jednakże na światło wrażliwe. 5-go Kwiecia z c z rozbieżny oka prawego, a w przeddzień śmierci opad-

nienie powieki (*ptosis palp.*) i bezwład twarzowy (*paralysis faciei*) po stronie lewej.

Na 8 dni przed śmiercią począł chory doznawać zatrzymania moczu (*paral. m. detrus.*), który wypuszczano cewnikiem; pod koniec zwieracz pęcherza został ubezwładniony wraz ze zwieraczem odbytnicy: nieustanny odchód moczu i kału.

Zauważono kilkakrotnie naprężanie prącia i wytrysk płynu nasiennego.

Przytomność i pamięć zaledwo na kilka dni przed śmiercią nasz nieszczęśliwy chory utracił. Póki jeszcze cokolwiek słyszał, odpowiadał dobrze na pytania, a świadomość o sobie prawie do ostatka objawiał prośbą: „chcę mocz oddać,” aczkolwiek zdawał się być mocno cierpiącym i na wszystko nieczułym. Śmierć nastąpiła w skutek porażenia płuc, w stanie śpiączki (*coma*).

Przyczyny choroby nie wykryto żadnej.

Nazajutrz po śmierci, 8-go Kwietnia, rozpatrzyliśmy czaszkę wraz z kol. CHRZANOWSKIM i DOLIŃSKIM. Wyniszczenie ciała ogromne, na palcach nóg ślady dawnych odmrożeń, na twarzy znać jeszcze bezwład lewej połowy ust i zéz rozbieżny prawej gałki ocznej. Kości czaszki prawidłowe. Osłona twarda mózgu, nieco przekrwiona; prawie ani śladu ziarnin PACHION'A. Osłona miękka dość znacznie przekrwiona w skutek przepełnienia żył; z niektórych wyciągnięto skrzepy krwi powstałe podczas kłaniania. W obu półkulach mózgowych, w ciele prążkowanym (*corp. striatum*), skrzyżowaniu nerwów wzrokowych (*talamus n. opticorum*) na rozkroju mnóstwo rozplywających się krwawych punkcików; w komórkach mózgowych niewiele surowiczego płynu; żyły ścian tych komórek, a także sploty naczyńniowe (*plexus chorioideus*) znacznie krwią rozciągnięte. Po obu stronach 3-ciej komórki mózgowej, a szczególnie w ścianie prawej strony, powierzchowne rozmięczenie mózgu z wynaczynieniem krwi na przestrzeni 2 do 2½ linii kwadratowych. Już przy wyjęciu mózdzku widać było guz, wydłużający się między lewą zwierzchnią jego połową i tylną częścią lewej półkuli mózgowej. Prawa połowa mózdzku na rozkroju przedstawiała się tylko przekrwioną, gdy tymczasem po rozcięciu lewej jego połowy, wypadł ze środka takowej nowotwór, mieszczący się w białej istocie mózgowej, rozmięczonej w około nowotworu. Rozmięczenie to, wraz z rozpadem ropnym, nietylko zajmowało lewą połowę mózdzku, lecz także i odpowiednią część mostu VAROL'A. Nowotwór ważył 7⅓ drachm, był barwy popielatej (część twardsza), miejscami czerwonawej (rozmięczony), szczególnie w środku; kształt miał nieregularnie owalny, a wielkość małego kurzego jaja. Badanie drobnowidzowe niewiadome, okaz ten bowiem odesłany do pracowni uniwersyteckiej, znikł tam bez śladu przed zbadaniem go pod drobnowidzem.

W lewem oku stwierdzono pięć ognisk wynaczynionej krwi, otaczających dosyć uwydatniającą się (do ¾ mm.) tarczę wzrokową; 2 miały wielkość dużych punktów, 3 zaś były większe (1—1½ mm. w średnicy); leża-

ły tuż przy przepelnionych żyłach siatkówki, dotykając obwodu tarczy, prócz zewnętrzno-dolnego, odległego od tej ostatniej na $\frac{1}{2}$ mm. Dno lewego oka znaleziono, jak i za życia, prawidłowem.

Niezaprzeczenie nowotwór w tym razie istniał w mózdzku już oddawna, przed wstąpieniem chorego do szpitala, dopiero przyłączone doń rozmięczenie istoty mózgowej, wokoło rozrastającego się guza, zmusiło chorego do szukania pomocy lekarskiej. Rozmięczenie to, wraz z przepelnieniem naczyń żylnych mózgowia, niezaprzeczenie stało się przyczyną wynaczynień krwi w ściankach 3-ej komórki mózgowej. Lecz co spowodowało wynaczynienia wokoło tarczy prawego n. wzrokowego? Sądzę, że takowe powstały w skutek przepelnienia żyły ośrodkowej nerwu, przy jednoczesnym surowiczym obrzęku wokoło jego tarczy. Prawdopodobnie przyczyną tego ostatniego był utrudniony odpływ krwi do prawej zatoki jamistej (*sinus cavernosus*), w której znajdował się włóknisty zator (*thrombus*). Na korzyść tego, zdaje się przemawiać i bezwład n. rozocznego prawego (*n. oculo-motorii*,—*strab. divergens*), przebiegającego w górnej ścianie tej zatoki.

Opisałem przed 2-ma laty przypadek obustronnej jasnej ślepoty przy gruzelku w mózdzku — takowa jednak spowodowana była następstwem wodogłowie wewnętrznym (*hydrocephalus internus*). Opierając się na swych doświadczeniach, BOUILLAUD twierdzi, że zez i jasna ślepotą powstają przy nowotworach mózdkowych w skutek następowego zapalenia sąsiednich ciał czworaczych (*corp. quadrigemina*), łączących się z mózdzkiem za pomocą odnóg mózdzku. Z twierdzeniem tem zgadza się i X. GAŁĘZOWSKI (patrz jego *Etude sur les alterations du n. optique et les maladies cerebrales* 1866. str. 165—170), który na 86 zebranych przypadków cierpienia mózdzku, naliczył tylko 20 z jasną ślepotą. Zwykle znajdujemy w tych ostatnich zapalenie (*neuritis optica*), lub też zanik n. wzrokowego. Przeciw temu jednakże mówią niektóre okoliczności; i tak w jednym spostrzeżeniu ANNUSKE'GO było zapalenie obu n. wzrokowych pomimo iż nowotwór znajdował się daleko od ciał czworaczych—w tylnodolnej części mózdzku. W jednym z 3-ch podanych przez GAŁĘZOWSKIEGO spostrzeżeń znajdujemy w całej siatkówce (lecz czy odpowiedniej strony nowotworu mózdkowego) małe i liczne wynaczynienia krwi; tam jednakże miała miejsce sprawa zapalna nn. wzrokowych, czego w naszym przypadku nie było.

Przeglądając literaturę nowotworów mózdzku, przekonamy się iż drgawkowo-bezwładowe objawy po większej części miewają miejsce w kończynach po stronie nowotworu. Nasz przypadek stwierdza toż samo. Badanie wzornikiem tylko, wraz z pośmiertnym badaniem gałek ocznych, dowiodły nam, że jednocześnie mogą być i zmiany w dnie oka, po stronie przeciwnej. Wyprowadzamy ztąd wniosek, że skoro objawy choroby mózgowej przemawiają na korzyść cierpienia mózdzku, ze zmian oftalmoskopowych znajdujących w jednym oku (gdy drugie zdrowe) nie można sądzić w jakiej mianowicie połowie mózdzku odbywa się sprawa chorobowa, *resp.* gdzie jest siedli-

sko nowotworu. Potwierdzają to i inni oftalmologowie. Tak np. jeden nawet jako pewnik podaje, że przy rozpoznawaniu miejscowości nowotworu mózgowego powinniśmy brać na uwagę rozmaite objawy, lecz nie oftalmoskopowe dane, gdyż zapalenie n. wzrokowego przy nowotworach wewnątrzczaszkowych objawia się niezależnie od umiejscowienia takowych (REICH, *Wojenno-medic. Žurnal* Lipiec 1874, str. 82). A JACKSON twierdzi, że nawet zapalenie obu n. wzrokowych najmniejszego niema znaczenia dla określenia rodzaju i miejsca cierpienia ośrodkowego, wskazuje ono bowiem tylko wogóle na „gniazdową chorobę” (*coarse disease*), wywierającą wpływ drażniący jako ciało obce; twierdzić wtedy jednak możemy, że najprawdopodobniej mamy w takich razach do czynienia z nowotworami mózgu (*Med. Times* 1871).

Spostrzeżenia nowotworów mózdkowych, stwierdzonych badaniem zwłok i po większej części wziernikiem. (Zebrane z nowoczesnej literatury).

Autor i rodzaj nowotworu:	Wynik badania wziernikiem:
JACKSON, <i>Cases of intracranial tumour</i> (Med. Times and Gaz. 1865 i 1872).	1-sze spost. <i>Amaurosis. Neuroretinitis duplex.</i> 2-gie spost. <i>Neuritis duplex.</i>
EVANS, <i>Hydatides</i> (Brit. med. Journal. April, 1872).	<i>Ambliopia. Neuritis duplex.</i>
GUÉNAU de MUSSY, NOËL, <i>Observation de tumeur du cerveau</i> (Gaz. hebdomadaire IX. 15. 1872).	<i>Neuroretinitis duplex.</i>
HIRSCHBERG, <i>Stauungspapille durch Solitär-tuberkel in Kleinhirn</i> (Archiv f. Augen-Ohrenheilk. II 1).	<i>Stauungsneuritis duplex</i> (3 letnie dziecko).
BOUCHUT, <i>De la cerebroskopie</i> . (Gaz. d. Hôpitaux 1854, str. 144 i 1871 str. 97, 101).	1-sze spost. <i>Amaurosis</i> (gruzełek i rozmięczenie prawej połowy). 2-gie spost. <i>Neuritis</i> , następnie <i>atrophia opt.</i> (3-letnie dziecko).
WAHL, (Petersb. med. Zeitschr. 1873, str. 551).	<i>Neuritis duplex.</i>
Z lit. Szwedzkiej 1872. (Schmitz's Jahr.) { MALMSTEN i BLIX. WINGE. { LANGE } 1-sze spostrz. 2-gie spostrz.	<i>Neuritis duplex.</i> <i>Atrophia opticorum ex neuritide.</i>
WYNE FOOT, <i>Solitary tubercle of the Cerebellum</i> (Doubl. Journ. of. med. Science, Sept. 1872).	Wzrok osłabiony. <i>Amaurosis</i> (nie badano wziernikiem). <i>Amaurosis duplex</i> (nie badano wziernikiem).
SOULIER, <i>Tumeur sarcomateuse du cervelet</i> (Lyon méd. Nr. 21, 1872).	Wzrok osłabiony, dno oczne zdrowe(?)
CLARKE, <i>Cyste in the Cerebellum</i> (Lancet, 1873, 1).	Wzrok utracony (nie bad. wziernikiem).
TILING, <i>Zur Kasuistik d. Kleinhirntumoren</i> (Peters. méd. Zeitsch., r. 1873).	1-sze i 2-gie spost. <i>neuroretinitis duplex.</i> 3 cie spos. wzrok osłabiony (nie bad. wziernikiem).
MITCHELL and THOMSON, (The Americ. Journal of med. Sciences 1873, str. 19).	„Choked discs,” wzrok osłabiony.

LEBER, <i>Myxosarcoma cerebelli</i> . (Graefe's Archiv. XIV).	<i>Amaurosis. Neuritis duplex.</i>
RUSSEL, (Med. Times and Gaz. 1863 Mey).	<i>Ambliopia.</i>
HULME, <i>tuberculum cerebelli</i> (tamże, 1863).	<i>Amaurosis. Atrophia alba.</i>
WILJAMS, <i>Encephaloid cerebelli</i> (Ophthal. Hosp. Rep. VI).	<i>Amaurosis. Neuritis.</i>
CHASSAIGNAC (Gaz. des Hôp. 1861 str. 200).	<i>Amaurosis. Atrophia alba.</i>
GALĘZOWSKI (Archiv générale 1869).	<i>Amaurosis. Neuritis duplex.</i>
PAGENSTECHEK, <i>Sarcoma fusilare cerebelli</i> (Ophth. Hosp. Rep. VII, 2).	<i>Neuritis</i> , osłabienie wzroku, jako pierwszy objaw; następnie <i>Amaurosis</i> długo, jako jedyny objaw nowotworu.
BADER, <i>Tumor fibrosus</i> (Guy's Hosp. Rep. 1862).	<i>Ambliopia. Neuritis optica.</i>
DEMME, Rak prawej strony (Memorab. Juli 1861).	<i>Ambliopia oc. sin.</i> , następnie <i>retinitis apoplectica.</i>
IMMERMANN, <i>Markschwamm</i> (Berl. Klin. Wochenschr. 1865).	<i>Neuritis duplex.</i>
LADAME, <i>Carcinoma</i> (<i>Symptomatologie und Diagn. d. Gehirngeschwülste</i> 1864).	<i>Amaurosis duplex. Atrophia nn. opticorum.</i>
MAUNDER, Ropień lewej połowy mózdzka; <i>otorrhoea</i> (Lancet, 1873, 1).	<i>Neuritis duplex.</i>
MURAY, <i>Glioma cerebelli</i> (Lancet 1868, 1).	<i>Amaurosis.</i>
TAYMOND (Gaz. méd. de Paris 1874).	<i>Atrophia nn. opticorum.</i>
ANNUSKE, (Graefe's Archiv 1874, str. 254).	<i>Neuritis utr.</i> ze znacznym obrzękiem tarcz, w około których i na siatkówkach liezne wynacznienia. Następnie <i>atrophia alba</i> i mętność prawego ciała szklitego.

Tak więc statystyka nas przekonywa, że najczęściej przy nowotworach i ropniach mózdkowych bywa zapalenie w z r o k o w e g o (*neuritis optica*), a mianowicie 14 razy; rzadziej zapalenie nerwu i siatkówki (*neurorretinitis*)—4 i z a n i k n e r w u (*atrophia*)—7 razy, który bywa zwykle zejściem jego zapalenia (*atrophia ex neuritide*). Nieuszkodzenie wzroku przy nowotworze mózdku bywa dość rzadkiem; zresztą, jak wiadomo, dobry wzrok może być zachowany nieraz pomimo istnienia zapalenia nerwów. Stwierdzają to spostrzeżenia lekarzy wiarogodnych. Głównie więc w podobnych razach możemy polegać na wynikach badania wziernikiem ocznym. Zmiany w głębi oka znajdują się zwykle obustronnie, z radszemi wyjątkami jednostronnego cierpienia n. wzrokowego (jak np. przypadek DEMME'GO i mój). W ogóle nowotwory mózdku, podobnie jak i nowotwory innych części mózgu, jak przekonywa literatura bardzo treściwie zebrana przez ANNUSKE'GO z Królewca (*Graefe's Archiv* 1873), zwykle objawiają się pod postacią najstalszej przypadłości zapalenia n. wzrokowego (*neuritis optica*), nieraz z wynacznieniami w około tarczy i na siatkówce. Pod tym względem więc nie ma różnicy i samo badanie wziernikiem nie może nam odpowiedzieć czy w danym razie mamy do czynienia z nowotworem mózgu czyli też mózdku: inne chorobliwe objawy dopełniają rozpoznanie.

Na 88 przypadków nowotworów mózgu i mózdzku (ANNUSKE, REICH) było: 82 razy *neuritis duplex*.

2 „ *neur. unilateralis* (nowotwór z przeciwnej strony).

4 „ niewykryto widzialnych zmian w tarczach nn. wzrokowych, a które mogły się później objawić.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie.

Posiedzenia z d. 1 i 15-go Grudnia 1874 r.

Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu poprzedniego posiedzenia (17 Listopada), na którym była wzmianka o pierwotnym mięsaku czerniakowym (*melano-sarcoma*) gałki ocznej i o następowem zakażeniu tym nowotworem wątroby, nerek, serca i gruczołów chłonnych, przez BRODOWSKI, który ciekawe to spostrzeżenie był zakomunikował, oznajmia teraz, że dokładniejsze badania drobnowidzowe owych nowotworów następowych, które dla braku czasu nie mogło być przez niego dokonane przed poprzedniem posiedzeniem (ob. MED. Nr. 48 z r. z.) niezupełnie potwierdziły wypowiedziane na niem przypuszczenia co do budowy owych nowotworów¹⁾. Wyniki tych badań są z wielu względów bardzo pouczające i rzecz można jedyne w swoim rodzaju. Okazało się bowiem, że nowotwory następowe każdego z wymienionych narządów odmienną przedstawiały budowę, a nawet do różnych należały działów powszechnie dzisiaj przyjmowanej klasyfikacyi. W wątrobie i nerkach były to czarne raki (*melano carcinomata*), składające się z bardzo drobnych komórek, odmiennie w każdym w ciału rakowe ugrupowanych, w wątrobie bowiem ciała te nosiły na sobie cechy rozrosłych beleczek komórkowych mięszu wątroby, w nerkach zaś zdrobniałych i w najrozmaitszy sposób pogiętych i poplątanych przewodków nerkowych. Pierwotne powstawanie wzmiankowanych ciał rakowych w wątrobie z komórek jej mięszu, a w nerkach z ich cewek, nie ulegało w tym razie żadnej wątpliwości. W jednym tylko sercu guzy czarne składały się przeważnie z komórek wrzecionowatych wielce podobnych do tych, które stanowiły główną składową część nowotworu gałki ocznej wypełniającego jej wnętrze. Co się zaś dotyczy gruczołów chłonnych, to w tych znów znajdowały się wyraźne czerniaki gruczołowe (*melano-lymphomata*). Jest to więc ile nam wiadomo jedyny przypadek, w którym nowotwory następowe po większej części (bo z wyjątkiem tylko nowotworów serca), tak znacznie różnią się od pierwotnego. Zasluguje ona zaś przedewszystkiem z tego względu na uwagę, iż wbrew panującym poglądom na pasożytnicze ze tak powiem pochodzenie nowotworów następowych, wyraźnie dowodzi możliwości powstawania takowych, jeżeli nie wyłącznie to przeważnie z miejscowych pierwocin anatomicznych. Nigdy więc może sprawa powstawania nowotworów następowych nie miała tyle rysów jak w danym przypadku wspólnych ze sprawą zapłodnienia. Jużci zdaje się nie ulegać wątpliwości, że i tutaj rozpraszanie się pierwocin anatomicznych pierwotnego nowotworu w gałce ocznej za pośrednictwem naczyń krwionośnych po rozmaitych narządach, dało początek sprawom następowym, lecz te przemienione pierwociny względem miejscowych grały wyraźnie rolę zapładniających i owoc

¹⁾ Z powodu wielkiej doniosłości tego przypadku, radzilibyśmy ażeby o nim raz jeszcze w ostatniem naszym sprawozdaniu przeczytało.

zapłodnienia stosownie do zapłodnionej tkanki wyszedł rozmaicie. Ztąd pozszło, że wszędzie nosi on na sobie cechy zarówno macierzystej t. j. zapłodnionej tkanki jak i ojczyznej t. j. zapładniającej. Tej ostatniej właśnie wszystkie nowotwory następowe winne były swą czarną barwą.

W dalszym ciągu przechodzi przez BRODOWSKI do zaznajomienia Towarzystwa z jedynym jak dotąd przypadkiem zboczenia w rozwoju tętnic biorących początek z serca. Zdarzenie to było przyczyną bardzo wysokiego stopnia sinicy (*cyanosis*) u dziecka nowonarodzonego, które w piątym dniu życia umarło. W tym przypadku bez wszelkiego śladu przemieszczenia trzewiów, czyli tak zwanego *situs transversus mutatus*, tętnica główna (*aorta*) dosyć znacznie rozszerzona brała początek z prawej komórki serca znajdującej się w znacznym stopniu odśrodkowego (ekscentrycznego) przerostu, ale zachowała miejsce i początkowy kierunek tętnicy płucnej, znajdując się na pierwszym planie. W dalszym ciągu z łuku tętnicy głównej (*arcus aortae*) biorą początek tętnice w tym samym porządku jak w stanie prawidłowym t. j. jak z tętnicy głównej, wychodzącej prawidłowo z komórki lewej z tą wszakże różnicą, że otwór pnia bezimiennego (*truncus anonymus*) utworem niteczkowatym jakby przegródką na dwie rozdzielony jest części. Przesmyk (*istmus aortae*) jest mocno oznaczony półksiężycowatą wyniosłością, po za którą znajduje się otwór wolnego przewodu BOTAL'A. Tętnica płucna blisko o połowę zwężona znajdowała się tuż za tętnicą główną, jak gdyby brała początek z komórki lewej, lecz ujście jej było jak najzupełniej zarosłe. Podział jej na dwie gałęzie istniał jak zwykle, wyżej zaś wspomniany przewód BOTAL'A łączył lewą gałąź tętnicy płucnej z tętnicą główną. Duży otwór owalny (*foramen ovale*) znajdował się w przegrodzie między-przedsionkowej, a lewa komórka serca była tak małą, że zaledwie duże ziarnko grochu zmieszczyły w sobie mogła; przegroda międzykomórkowa prawie nie istniała. Że w tym przypadku możliwym było życie przez przeciąg pięciu dni po urodzeniu, to zależało tylko od tego, że obok zarosnięcia ujścia tętnicy płucnej (prawdopodobnie w skutku zapalenia wsierdzia (*endocarditis*) u płodu) przewód BOTAL'A pozostał wolnym. W przeciwnym bowiem razie gdyby przy takim porządku głównych pni tętniczych wykształciła się była przegroda międzykomórkowa jak przynależy, gdyby tętnica płucna pozostała wolną, a przewód BOTAL'A się ściągając, mielibyśmy w tak zwanem większem kole krążenia (*circulus major*) poczynającym się i kończącym się w komórce prawej, krew wyłącznie żywną, wcale nieutlenioną, w małym zaś kole krążenia zamkniętym między komórką lewą i płucami mielibyśmy krew wyłącznie tętniczą, z której cały ustroj wcaleby nie korzystał. Że w takim razie życie poporodowe trwałoby nie mogło ani jednej chwili samo się przez się rozumie. W owym przypadku tętnica główna (*aorta*) prowadziła krew mieszaną, a to dla tego, że pewna jej ilość przez przewód BOTAL'A udawała się do tętnicy płucnej (która z powodu swego zarosłego ujścia żadnej innej krwi nie prowadziła), a ztąd do płuc. Z płuc utleniona krew wracała żyłami płucnymi do przedsionka lewego, następnie przez komórkę lewą z powodu braku przegrody do komórki prawej i t. d. Porządek więc krążenia w interesie życia musiał uleść zupełnej zmianie.

W końcu posiedzenia LUBELSKI przedstawia Towarzystwu fotografie jamy ust i gardzieli człowieka zmarłego na wściekliwość.

Posiedzenie d. 15 Grudnia było posiedzeniem administracyjnym, t. j. poświęconem wyłącznie sprawom wewnętrznym Towarzystwa. Ułożono się na nim co do prenumeraty i obiegu pism peryjodycznych, wysłuchano sprawozdania komitetu rachunkowego, zatwierdzono budżet Towarzystwa na rok 1875 i wyznaczono komitet do rozpatrzenia się w pro-

jękcie GURSZTOWTA poprzednio już wspomnianym (ob. MED. Nr. 38 z r. z.) względem kassy emerytalnej dla lekarzy, o którym we właściwym czasie powiemy jeszcze obszerniej. △

W Y K Ł A D Y K L I N I C Z N E.

O zakaźnem zapaleniu czyli błonicy gardła (*Synanche contagiosa seu diphtheritis*),

przez D-ra SENATOR'A (*Volkmann'a, Sammlung klin. Vortrag. Nr. 78*).

Streścił T. Ż-a.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 1 i 2).

Co się tyczy przyczyn i istoty błonicy, to nad obydwoma temi zadaniami w ostatnich latach wiele pracowano. Odnosnie do przyczynowości w ogóle, wiadomo, że błonica jest chorobą wieku dziecięcego, mianowicie od 2 do 7 roku życia, rzadziej zapadają dzieci od 7 do 12 roku, lecz za to najniebezpieczniej, z powodu spółuczestniczenia krtani. Po 12 roku życia błonica zdarza się daleko rzadziej, a umiejscowienie sprawy chorobowej w krtani należy do wyjątków. Zakaźność choroby, o której już wyżej wspomniano, dowiedzioną została na mocy spostrzeżeń przenoszenia się choroby z jednego osobnika na drugi. Spostrzeżenia te właśnie wykazują niezbicie, że pierwiastki zakażające zawierają się w śluzie, ropie i płatkach tkaniny chorobowo zajętej. Próby jednak zaszczepiania błonicy u ludzi dotąd się nie udawały. TROUSSEAU i PETER, którzy z godną podziwienią odwagą na sobie samych tego rodzaju próby robili, nie widzieli żadnego skutku z przeniesienia tych pierwiastków na skórę, lub różne części błony śluzowej. Doświadczenia tego rodzaju, przy innych chorobach zakaźnych, jak płońca i odra, także robione nie przemawiają za niezaraźliwośćią, tylko wykazują że warunki przenoszenia się choroby nie w naszym są ręku.

W ostatnich czasach przyrodę pierwiastków zakaźnych usiłowano zbadać za pomocą badań drobnowidzowych i zaszczepiania zwierzętom, przy czem trzymano się tego zdania, wprawdzie nie sprawdzonego na sobie, lecz i prawdopodobnego, że zarazek błonicy jest pierwiastkiem uorganizowanym, żyjącym, nieskończenie małym, dla gołego oka niedostrzegalnym. Drobnowidz w rzeczy samej wykazuje w śluzie i uwarstwieniach chorobowo zajętej jamy ustnej i gardzieli obecność pewnych bardzo małych ustrojów, najprawdopodobniej pochodzenia roślinnego, które obecnie nazywają *mikrokokkami*, *bakteryjami kulistymi*, albo *mondami*. Są to okrągłe albo owalne ostro zarysowane ciała, wielkości $\frac{1}{10}$ albo $\frac{1}{20}$ części ciała krwi, układające się pojedynczo, bądź gromadnie i trudno dające się odróżnić od tak zwanych ziarenek rozpadowych, lub bardzo małych drobinek białkowych i tłuszczowych.

O ich organizowanej i pasożytowej przyrodzie mniej można wnioskować z fizycznych i chemicznych własności pojedynczych ciałek, aniżeli z ogólnego wrażenia (*Gesamteindruck*), z ich rozszerzania się i rozwoju. Mikrokokki znajduwane w gardzieli osobników dotkniętych błonicą z całego zewnętrznego swojego zachowania się podobne są zupełnie do grzybów znajduwanych w gnijących cieczech, a nawet w jamie ustnej i gardzieli zupełnie zdrowych osób, w śluzie między zębami, albo w zawartości próchniejących zębów, jako stałe części składowe dokonywającego się w tych miejscach rozkładu. Przy gniciu oprócz mikrokokków powyżej opisanych

występują także inne twory: pałeczkowate (bakteryje w ścisłem znaczeniu), paciorkowate łańcuszki i długie dosyć z członków się składające nitki (*mycothrix*, *leptothrix*); lecz i te twory istnieją w błonicy i wreszcie wzajemny stosunek ilościowy, w przewodzie jednych tworów nad drugimi, na której może byłoby możliwem opierać różnicę między właściwymi grzybkami gnicia, a tworami występującymi w błonicy, także niemożna przywiązywać wagi, gdyż w prawdziwym gniciu stosunek ilościowy pojedynczych postaci zmienia się, zależąc od okresu tegoż, gęstości, albo innych własności gnijących ciał i odmiennych warunków. W każdym razie same tylko zewnętrzne podobieństwo mikrokokków do ustrojów gnicia (*Fäulnissorganismen*) nie pozwala brać jedne i drugie za teżsame (identyczne); pierwsze mogą być tworami niższego stopnia rozwoju, zostającymi w szczególniejszym związku przyczynowym z błonicą. Żeby je za takowe uznać i dowieść tego, trzeba byłoby mikrokokki uważane za swoiste otrzymać wolnemi od wszelkich domieszek, pochodzić mogących z tkanek i cieczy ciała i dać się im rozwinąć na odpowiednim gruncie do chwili przyjęcia cechującego je kształtu, który pozwalałby odróżniać je od rozmaitych stopni rozwoju grzybków, występujących przy gniciu. Dotychczas trudne to jest zadanie do rozwiązania, w taki mianowicie sposób, ażeby mogło zadość uczynić wszelkim wymaganiom. Jakim bowiem sposobem można być pewnym, że w otrzymanych z danej tkaniny mikrokokkach niema obcych domieszek? Zresztą nauka o rozwoju najniższych ustrojów (organizmów), o które tu właśnie najwięcej chodzi, przedstawia się w botanice dosyć jeszcze ciemną; przyznać trzeba, że oprócz tylko dochodzeń bardzo znakomitych badaczy nauka mało posiada pewnych danych, a jeszcze mniej takich, któreby w patologii na co się zdały; liczne bowiem w tym względzie zdarzają się błędy, a ztąd wynika, że co jeden badacz opisuje jako swoisty mikrokok, to drugi wcale tego nie podziela, uważając dany twór za odmianę tylko grzybka zwyczajnego, albo nawet za wytwór sztuczny.

W kwestyi spornej oddawna już istniejącej głównie o to chodzi, czy zmiany anatomo-patologiczne różnie się przedstawiające nad strunami głosowemi, mianowicie jako strupieniowe, b ł o n i c o w e (dyfterytyczne) zapalenie, i jako zapalenie z wysiękiem wolnym (k r u p o w y m) poniżej takowych zawsze i wszędzie pozostają ze sobą w związku przyczynowym od tej samej przyczyny zależnym t. j. od zarazka błonicowego (*synanche-contagium*). Wielu podziela to zdanie, że krupowe zapalenie dróg oddechowych może samoistną stanowić chorobę, bez żadnego spółdziałania ze strony gardzieli i niezależnie od błonicy. Poglądu tego stanowczo nie można odrzucać, dla tego, że w dawniejszych epidemijach, nawet do połowy naszego stulecia, a w niektórych okolicach nawet po dziś dzień cierpienie gardzieli przez ciąg całego swego przebiegu nie bywa rozpoznaniem, a powtóre opierając się na spostrzeżeniach różnych badaczy, nie można wątpić, że skutkiem gwałtownych (chemicznych) podrażnień można wywołać krupowe zapalenie dróg oddechowych, niemające żadnego związku z błonicą. W doświadczeniach tych nie osiągnano wyników ujemnych. W większej wszakże połowie przypadków w obecnym czasie zapalenie krupowe krtani i dróg oddechowych bywa następstwem zarazku błonicowego (*synanche-contagium*) i występuje prawie tylko w czasie epidemii błonicy razem z innymi anatomicznemi też odmianami. Ztąd ogólnie teraz przyjmują, że „krup” i „błonica” są częściowymi objawami jednej i tej samej choroby, zwanej „*synanche*.” Zdanie to podziela i autor z powyższem wszakże zastrzeżeniem.

Dalej — zachodzi pytanie czy pierwiastek zakazający błonicy (w tem znaczeniu, jakie temu wyrazowi nadajemy) znajduje się w mikrokokkach,

w pewnych wytworach chorobowych się znajdujących, i czy skutkiem tego wszystkie zmiany anatomiczne, któreśmy poznali jako wyraz choroby, są bezpośrednimi, albo pośrednimi ich następstwami. W bardzo ścisłym związku z powyższem pytaniem pozostaje następujące: czy następstwa te (zmiany anatomo-patologiczne) zależą od swoistych, błonicowych mikrokokków, czy też od innych nieswoistych, mianowicie od ustrojów przy gniciu występujących (*Fäulnisorganismen*). W tym względzie trzeba pamiętać: po pierwsze: że dotąd niemożliwym jest, bądź na drodze chemicznej, bądź fizycznej odróżnić z pewnością mikrokokki występujące w błonicy od podobnych do nich ustrojów, dających się spoznać przy sprawach gnicia, do tego stopnia, że niektórzy obstają za ich tożsamością (identycznością¹⁾); po wtóre, że doświadczenia na zwierzętach wykazały, iż przez zakażenie za pomocą gnijących ciał można wywołać te same pierwotne i następne zmiany anatomiczne, jakie powstają skutkiem przeniesienia zawierających mikrokokki tworów z gardzieli osób dotkniętych błonicą, że nawet całe pokolenia zwierząt można zabijać przez ustawiczne zaszczipianie krwi ze zwierzęcia zakażonego jadłem gnicia czyli posocznicowym (*Fäulnisquijl*²⁾) zupełnie tak, jak biorąc krew ze zwierzęcia zakażonego wytworami błonicowemi³⁾. Jeżeli zatem ani pod względem własności zewnętrznych, ani pod względem działania nie znaleziono dotąd różnicy między mikrokokkami gnicia i występującymi w błonicy, to przypuszczanie iż te ostatnie są swoistymi (specyficznymi) niezem się nie usprawiedliwia. Można by poniekąd mniemać, że głównie mikrokokki gnicia są przyczyną błonicy, i że one wywołując objawy miejscowe i ogólne właściwe chorobie w mowie będącej, tę samą odgrywają rolę, którą im słusznie, czy niesłusznie przypisują przy zakażeniu posocznicowem (*putride Infection*). Opierając się na powyższem można by przypuścić, że rozkłady gnilne ciągle się dokonywające w jamie ustnej i gardzieli wzmagają się skutkiem tego, że istniejący już przedtem nieżyt, albo nieznaczne uszkodzenia błony śluzowej sprzyjają wniknięciu w te miejsca jadu gnilnego, a w szczególności także mikrokokków, w następstwie czego mogą powstawać odmienne zmiany, zależne od miejscowości, i tak: w gardzieli, gdzie one głębiej wnikają, powstaje zestrupienie (*diphtheritis*), w krtani zaś i drogach oddechowych, w których szkodliwe te pierwiastki przylegają powierzchownie następuje zapalenie z wysiękiem wolnym (*croup*), i że ostatecznie ogólne cierpienie jest przyrody posocznicowej. Lecz przeciwko temu pogładowi którego broni HÜTER, a głównie przeciwko mniemaniu, że wnikanie z zewnątrz mikrokokków stanowi pierwszą i jedyną przyczynę błonicy, ważne dosyć przemawiają powody: raz mianowicie przy jakimkolwiek cierpieniu błonicowem nie można znaleźć w drogach oddechowych, poniżej strun głosowych znaczniejszej ilości mikrokokków, mianowicie jeżeli się wyłączy gnicie i zanieczyszczenie zkadinał pochodzący mogące. Dalej — cierpienie gardzieli, jakiegokolwiek ono jest rodzaju prawie nigdy się nie rozszerza na przełyk, gdy tymczasem trudno jest dociec, co powstrzymuje mikrokokki od przełyku, a co je skierowuje ku drogom oddechowym, skoro one chcą się rozszerzać. Przedewszystkiem wszakże przeciwko temu świadczy fakt kliniczny, który stwierdzić może każdy le-

¹⁾ S. HÜTER (Centralbl. für die med. wiss. 1868, str. 547), BILLROTH (Allg. Chir. 1873, 360).

²⁾ MAGENDIE, DAVAINE.

³⁾ OERTEL.

karz ze swego doświadczenia, mianowicie: że przy płonicy stale występują te same zmiany anatomiczne w gardzieli, co i przy błonicy, mianowicie: nieżyt, odpadanie płatków nabłonka, błoncowe zapalenie i zgorzel, a przeciwnie — nadzwyczaj rzadko zajęcie dróg oddechowych, które właśnie w błonicy tak bywa częstym. Praktyka przekonywa o prawdziwości tego twierdzenia, że przy płonicy niema nie częstszego nad błoniecę gardzieli, i nie rzadszego nad krup dróg oddechowych. Pomimo jednak tego niema większego podobieństwa między dwoma miejscowymi zaburzeniami chorobnymi, jak jest między cierpieniem gardzieli w płonicy i w błonicy. Podobieństwo to tak bywa zupełnem, że wielu lekarzy, dla których sposób objawiania się choroby jest rzeczą najważniejszą, dyfterytyczną odmianę błonicy uważają za bezwysypkową płoniecę (*scarlatina sine exanthemate*), a zresztą obie choroby uważają za identyczne, co wszakże o tyle jest nieuzasadnione, o ile błędem byłoby utrzymywać, że ostre zapalenie nerek (*nephritis acuta*) jest także bezwysypkową płoniecą, gdyż ono także jeżeli nie stale, to bardzo często towarzyszy płonicy.

W płoncowem cierpieniu gardła mikrokokki tak samo są liczne i zupełnie także ukształtowane jak w błonicy. Pomimo jednak tego wszystkiego, ponieważ przy błonicy drogi oddechowe nadzwyczaj często ulegają zaburzeniu, a w płonicy znowu rzadko, to trzeba przyznać, że ustroje występujące w gardzieli nie stanowią nie najważniejszego i istotnego tak w jednej jak i drugiej chorobie. Prędzej na to zgodzić się wypada, że nieznaną przyczyną odmiennej przyrody w obydwóch chorobach usposabia do cierpienia gardzieli, a w jednej tylko do zaburzeń w drogach oddechowych. Pod tym znowu ostatnim względem błonica zbliża się do odry, która daleko rzadziej usposabia do cierpienia gardzieli, mianowicie błoncowych, aniżeli płonica, lecz za to stale jej towarzyszą zaburzenia dróg oddechowych, mianowicie bardzo często występuje zapalenie krupowe.

Pod jednym tylko może względem mikrokokki odgrywają rolę, mianowicie, że wywołują pewną postać zapalną, przy której umiejscawia się błonica i płonica, mianowicie zapalenie strupieniowe, czyli dyfterytyczne. Wszędzie bowiem gdzie się zdarza owrządzenie powierzchni, czy to na błonach śluzowych, czy na skórze (błonica samoistna, albo jako objaw towarzyszący cierpieniu ogólnemu), bez wyjątku napotkać się dają mikrokokki niezem się nie różniące od ustrojów gnicia w pierwszym, albo drugim okresie. Ztąd łatwo przejść do wniosku o związku przyczynowym tem bardziej, że zapalenie można przekształcić na błoncowe przenosząc na miejsce zapalenia twory gnilne, zawierające mikrokokki. Dotychczas nie zbito dostatecznymi dowodami zarzutu, że przy takim przenoszeniu prócz mikrokokków przenoszą się i inne szkodliwe czynniki. Wszakże bardzo jest prawdopodobnem, że owe pierwiastki grzybkowe istotne mają znaczenie przy błonicy skóry i błon śluzowych; pod tym względem autor zupełnie się zgadza ze zdaniem HÜTER'A, który uważa błoniecę za *mikozę* przyranną, spowodowaną przez pierwociny gnilne. Te ostatnie dla rozwinęcia swojej czynności muszą się znajdować w pewnych przyjaznych warunkach, a mianowicie: powinny się znajdować w dostatecznej ilości i, co bardzo ważne, być w okresie swojej działalności i zdolności do rozwoju; dalej — tkanki nie powinny stawiać znacznego oporu ich wdrażaniu, a tembardziej ich zagnieżdżaniu się i osiedlaniu. Wprawdzie bodźce wywołujące gnicie są wszędzie, jednakże w pewnych miejscach, t. z. ogniskach gnicia, dokonywa się ono nader łatwo, raz dla tego, że tu owych pierwocin bywa bardzo wiele, a powtóre, że znajdują się one w okre-

sie największej swojej działalności, podlegając ciągłemu rozwojowi. Z tego powodu w jamie ustnej i gardzieliowej tworzących niewątpliwie takie ogniska gnicia, każde zapalenie przedstawia niebezpieczeństwo przejścia w błonicowe, a szczególnie, skoro się zmniejszy opór błony śluzowej na wnikanie mikrokokków; nabłonek zaś się rozpada, albo pulehnieje, chociażby w bardzo nieznacznym stopniu w tych mianowicie miejscach, w których się znajduje znaczna warstwa nabłonkowa, jak na grzbiecicie języka, a w bardzo wysokim stopniu w gardzieli, na policzkach, dziąsłach, wargach i na brzegach języka; tu każde owrzdodzenie z łatwością staje się: „błonicowem,” bez względu na to, z jakiej powstało przyczyny. Ta obolicznosc, że bł. śluzowa dróg oddechowych, poczynając od strun głosowych ku dołowi, przedstawia tak mało skłonności do zapalenia błonicowego, może w części na tem polega, na co właśnie HÜTER zwraca uwagę, że ruch migawkowy utrudnia zagnieżdżanie się i osiadanie mikrokokków, w części zaś na tem, że powietrze znajdujące się w tchawicy i oskrzelach, zawiera w znacznej ilości kwas węglany, który bez zaprzeczenia posiada własności przeciwnie. To także objaśnia stosunkowo rzadko się zdarzające gnilne zapalenie oskrzeli w stosunku do niesłychanie częstych nieżytych zapaleń tych narządów. Inne błony śluzowe posiadają odmienne środki ochronne: tak np. dla błony śluzowej spojówki przy opadnięciu powieki i przy łzotoku takim środkiem są sole we łzach zawarte, a niesprzyjające rozwojowi mikrokokków. W takich przypadkach potrzeba szczególnie jeszcze czynnika, ułatwiającego ich osiadanie a takim, zdaje się, jest o s ł a b i e n i e, właściwie z a s t ó j krwi obiegu. Prawidłowe, silne krążenie krwi z łatwością może mikrokokki z ustroju usunąć, choćby one nawet już wdążyły w jakąkolwiek bądź tkankę, gdy tymczasem tkanka, do której krew bardzo powoli, albo wcale nie przepływa, stanowi najprzyjaźniejszy grunt dla takiego osiadania. Dla tego to rany i zapalenia skóry, lub różnych błon śluzowych, skłonne są do przejścia w błonicowe u osób osłabionych skutkiem ciężkich chorób gorączkowych, utrat krwi, złego odżywiania, wpływów moralnych, albo na miejscach, w których zaszły zmiany w krążeniu doprowadzające do zastoju, albo nawet rozdarcia naczyń; przypuszczają się, że we wszystkich tych razach powietrze otaczające przepelnione jest mikrokokkami.

Na zasadzie wszystkich tych danych, autor w następujący sposób przedstawia błonicę i jej stosunek do rozmaitych postaci zapalnych: jest pewien nieznaną pierwiastek zaraźliwy, zarazek błonicy, który usposabia do mocnego zapalenia błony śluzowej w miejscu połączenia przewodów oddychania i trawienia, tudzież narządów przyległych, w taki sam sposób, w jaki płonica usposabia do zapalenia bł. śluzowej gardzieli, albo odra do zapalenia bł. śl. większych przewodów oddechowych, nosa i spojówki powiekowej. W skutek zapalenia, wyjąwszy bardzo rzadkie przypadki, w jamie gardzieli sprawa dochodzi nie tylko do prostego nieżyty, lecz i do znacznego rozpulchnienia i złuszczenia nabłonka, a nawet do małych utrat w tkaninach. Wówczas mniej lub więcej obnażona, rozraniona bł. śl., jest wystawioną na wdrażanie i zagnieżdżanie się pierwiastków grzybkowych, w jamie gardzieli się znajdujących, skutkiem czego najpowierzchniejsze warstwy uległy zapaleniu obumierają, ztąd powstaje zestrupienie czyli błonica. Przejście zatem zapalenia w błonicę jest sprawą drugorzędną, mogącą się zjawiać tak przy błonicy, jako też przy zapalnych cierpieniach gardzieli, z innej przyczyny powstałych jak przy płonicy, ospie, przy owrzdodzeniach przymiotowych i t. d., do których tem łatwiej się przyłącza, im więcej inne warunki, mianowicie krwiobiegu przyspieszają osiadanie mikrokokków. Przy błonicy takimi czynnikami przyspieszającymi osiadanie mikrokokków są przewlekłe nieżyty z rozpulchnioną, napęczniałą błoną śluzo-

wą, przerosłe migdałki u dzieci zółzowatych; wtedy z łatwością występuje w tych częściach zastój krwi, powodujący tak szybkie i obfite wytwarzanie się wysięków; nadto może być, iż w dalszym przebiegu w skutek gorączki, przybywa do tego i osłabienie czynności serca.

Skoro błonica w gardzieli już się rozwinię i zarodki mikrokokków znajdują się w jak najprzyjaźniejszym dla siebie gruncie, z którego mogą czerpać pożywienie, wtedy dopiero zaraża się i powietrze otaczające, dotychczas zupełnie od nich wolne i wtedy wszelkie owrzodzenie w takim powietrzu się znajdujące, zagrożone jest niebezpieczeństwem przejścia w błonicowe. Jedynie tylko przeniesienie *mikozy* nie zawsze towarzyszy przeniesieniu zarazka błonicowego. Ten ostatni może się też przenieść przy mikotychnem, t. j. błonicowem zapaleniu, wikłającym płoniec lub inne gorączki z ciężkim przebiegiem, przy zapaleniu błonicowem błony śluzowej narządów płciowych, przy wszelkiego rodzaju ranach błonicowych, a nawet wśród nieprzyjaznych okoliczności może powstać w każdym powietrzu wypełnionem mikrokokkami.

(d. c. n.)

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Nowy sposób podawania środków lekarskich. W *Berl. klin. Woch.* (1874. 33) prof. ROSENTHAL z Erlangen, opisał nowy sposób podawania wielkich ilości takich środków jak Kusso lub innych przeciwrobaczych (*vermifuga*), użycie których w odpowiedniej dawce z powodu ich smaku, zapachu lub obu tych własności razem, było dotąd jeśli nie zupełnie niemożliwione, to przynajmniej połączone z wieloma trudnościami. Prawie $\frac{3}{4}$ przypadków nieskutkowania tych leków przypisuje R. za małej ich dawce. Zalecany przez niego sposób polega na ścisaniu środków lekarskich bez żadnego dodatku, mianowicie bez wody, w odpowiednio do tego urządzonej tłoczni (*Compressionspresse*), dotąd aż takowe przyjmą postać tabletek (*Tabletten-tabulae*), w której to postaci łatwo i bez obrażenia nerwów smakowych lub węchowych mogą być połknięte. Przeprowadził on w swej praktyce szereg leczeń przeciwrobaczych, gdzie chorzy przyjmowali do 36 grm. (uncyja i $1\frac{1}{2}$ drachmy) Kusso, z bardzo pomyślnym skutkiem. Przyrząd używany do tego jest tłoczną szrubową (*Schraubenpresse*). Główną zasadą jego jest walec wewnątrz pusty, wań wkłada się krążki metalowe, między którymi umieszcza się środek lekarski sproszkowany, a następnie z pomocą tłoku wywiera się odpowiedni ucisk, przez co liczny proszek przemienia się w stałą tabletkę. Tabletki te albo już w takim stanie, albo też po poprzednim obtopieniu ich, zostają polykane. Korzyści sposobu tego są: 1) zmniejszenie objętości, co przy lekach, które muszą być zadawane w dużych ilościach, nie jest rzeczą obojętną. Objętość tabletki jest tylko $\frac{1}{3}$ pierwotnej objętości proszku. Ztąd łatwiejsze przyjmowanie; 2) użycie środków lepkich (*Klebemittel*) jak to ma miejsce np. przy pigułkach, powoduje, iż takowe z czasem twardnieją, tak, iż w żołądku nie mogą być rozmiękczonemi i wychodzą często przez odbytnicę w stanie niezmienionym. Tabletki mogą być przez całe miesiące przechowywane bez zmiany spójności i po wprowadzeniu do żołądka zaraz się rozpadają; 3) środki służące do poprawy smaku lub zaprawy t. z. *constituentia*, *corrigentia* i t. p. są zbyt cenne, ztąd zmniejszenie kosztów, co zwłaszcza przy obecnej taksie aptekarskiej, winno być zawsze przez lekarza uwzględnianem.

Nietylko jednak wzmiankowane środki, lecz wszystkie inne, nie wyłączając nawet cieczy (oczywiście po dodaniu odpowiedniej zaprawy), mogą być podawane w ten sposób. Pewne trudności przedstawiałyby środki przyciągające wodę (hygroskopowe), lecz to da się usunąć przez użycie stosownej zaprawy np. 1) *Ol. Croton*. gtt. $\frac{1}{2}$, *Amyli*, *Magn. carbon.* aa 0,5 (gr. X). 2) *Kali iodati* 0,3—0,5, *Ammon. carb.* 0,2, *Amyli*, *Magn. ustae*. aa 0,5
Zasady roślinne (*Alkaloide*) i inne środki działające już w małych dawkach, mogą się także z innymi środkami np. *Chininum sulph.* z proszkiem czekolady, *Santoninna* z proszkiem *Cacao* (0,05 na 1,0). Najodpowiedniejsza wielkość tabletek jest z 1 grm. przetworu. Przy

Kusso, gdzie często 30 grm. lub nawet więcej musi być przyjęte, lepiej z 2 grm. Tabliczki przygotowywane z większej ilości jak 2 grm. trudne są do łykania. Podajemy wreszcie sposób zapisywania tej postaci środków np. Rp. *Tart. stib.* 0,03 (gr. $\frac{1}{2}$), *Pulv. Ipecac.* 1,0 (scr. 1) *M. Compr. in machina ut fiat tabell.* D. t. d. X. S. Co 10 minut tabliczkę aż do nastąpienia skutku; lub Rp. *Flor. Kusso* 2,0 (dr. $\frac{1}{2}$) *Compr. ut fiat tabell.* D. t. d. X.—Rp. *Pulv. ligni camp. sine sacch.* 1,0. *Compr. ut fiat tabell.* D. t. d. X. Rp. *Pulv. rad. Rhei* 0,5—1,0 *Comp. ut f. tabell.* D. t. d. X. i t. d. Jeżeliby który z pp. aptekarzy chciał się zaopatrzyć w podobną maszynę, dodajemy, iż może ją nabyć u mechanika uniwersyteckiego BAUER'A w Erlangen. Tabliczki z rozmaitych środków sprzedają aptekarze: Dr. SCHACHT w Berlinie (*Friedrichstr.* 153) BÖTTINGER w Erlangen. W. G.

Leczenie ropni gruczołów chłonnych za pomocą nakłóć włosowatych (*capillar-punction*). Prof. CROCC z Brukselli w celu uniknięcia tak często powstających blizn, a szczególnie na szyi—po nacięciach zropnieniu uległych gruczołów chłonnych, zaleca następujący łatwy sposób: trójgrańcem próbnym dokonywa się kilka głębokich nakłóć, narzędzie wyjmuje się i za pomocą nacisku wydalą się części ropy. Podobny sposób postępowania dokonywa się dwa razy dziennie w ciągu wielu po sobie następujących dni, poczem ropienie staje się skąpszem i przyjmuje charakter bardziej surowicy co dowodzi poczynającego się gojenia. Autor od lat przeszło dziesięciu w podobny sposób leczy tak ostre jako też przewlekłe ropnie gruczołów chłonnych i ani w jednym przypadku nie doszło do owrzodzenia. Również dobre wyniki otrzymał autor przy postępowaniu podobnem przy leczeniu zwykłych (nieswoistych) dymienic (*bubones*), jakoteż zwykłych ropni tkanki podskórnej.

(*Tresse Med. Nr. 51—1873. Allg. Med. Centr. Zeitung, Nr. 92, 1874.*)

Skuteczność podskórnych wstrzykiwań strychniny przy nocnem moczeniu (*enuresis nocturna*). Dr. KLEP opisuje dwa przypadki upartego nocnego moczenia, wyleczone za pomocą podskórnych wstrzykiwań roztworu azotanu strychniny w okolicę kości krzyżowej. Początkowa dawka wynosiła $\frac{1}{16}$ gr. dochodząc następnie do $\frac{1}{8}$ a nawet $\frac{1}{6}$ grana. Zaburzeń w trawieniu, ani w sferze ruchowej autor przy podobnym leczeniu nie zauważył.

(*Deut. Archiv. f. klin. Med. B. XIV H. 3—4.*)

Croton-chloral-hydrat. Kojące i nasenne działanie owego niedawno przez LIEBRICH'A zalecanego środka—sprawdził w bardzo wielu przypadkach Dr. Oskar BERGER. Zaleca on go szczególnie w różnych nerwobólach, z pomiędzy których w tak zwanej rwie twarzowej (*Tic douloureux*) ma najlepiej działać, dalej w upartych bólach towarzyszących późniejszym okresom władu rdzenia kręgowego, przy bezsenności pochodzącej z różnorodnych przyczyn i t. d. Croton-chloral-hydrat działa kojąco niewywołując snu, podczas gdy kojące działanie wodoru chloralu, podług spostrzeżeń autora występuje dopiero przy dawkach sen sprowadzających (?? *przyp. sprawoz.*) Co się tyczy dawki, to jako środek nasenny autor zazwyczaj podaje go w ilości 5—15 gr. (0,3—1,0 grm.), jako kojący zaś 2—4 gr. (0,1—0,2 grm.) kilkakrotnie dziennie, najlepiej w proszku. Środek ten w ogóle bywa bardzo dobrze znoszonym, a nawet po dość znacznych dawkach nie zauważył autor ani mdłości, ani bólu głowy—objawów zwykle występujących przy użyciu innych nasennych i kojących środków. (*Deutsch. Zeitschr. f. prakt. Med. 1874. Nr. 43.*)

Leczenie koklusz. Dr. WILDE od pięciu lat przeszło używa przy leczeniu kokluzu wziewań chloroformu i eteru wraz z olejkiem terpentynowym. Wyniki podług Dr. W. mają być bardzo zadawalniające, sposób użycia następujący: w czasie wystąpienia napadu kaszlu z niżej podanej mieszaniny nalewa się łyżeczkę na złożoną w kilkoro chustkę od nosa i trzyma się blisko ust chorego dotąd, dopóki napad kaszlu nie ustąpi. To samo powtarza się przy każdym następnym napadzie. Dr. W. twierdzi, że zazwyczaj po 8 dniowem podobnem postępowaniu, koklusz zupełnie ustępuje lub znacznie słabnie w natężeniu. Czysty chloroform podług Dr. W. wywołuje nieprzyjemne ogólne objawy (osłabienie, utratę łaknienia), dla tego też używa on zwykle następującej mieszaniny:

Rpe. Chloroformi unc. 1, *Aetheris* unc. 2., *Ol. Terebinth rect.* dr. 2 $\frac{1}{2}$. *M. D. S.* Mieszanka ta bynajmniej nie wywołuje żadnych ogólnych zaburzeń.

(*Deut. Archiv für klin. Med. Band. XIV, 2 Heft.*) A. S.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Grudniu r. z. były następujące: ospa złagodzona, płuonica i odra; wszystkie w pojedynczych nielicznych przypadkach i z łagodnym przebiegiem występowały. Błonica gardła i krup u dzieci, durzycia wysypkowa i brzuszna u dorosłych dosyć często się zdarzały z względnie znaczną śmiertelnością. Spotykano nadto: liczne przypadki zapalenia przyrzędu oddechowego, zalewu mózgowego, reumatyzmu, zimnicy niekiedy złośliwej, odmrożeń, zwichnięć i złamania kości.

Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu w d. 5 b. m. odbytem, wybrało na r. b. prof. Kosińskiego na prezesa, Dra Dorantowicza na vice-prezesa, Pogorzelskiego na sekretarza rocznego, Liebiedzińskiego na członka zarządu kasy wsparcia;—na członków korespondentów Drów J. Talko z Lublina i Życkiego z Wilna. Nadto prezes zawiadomił, iż oczekiwane zatwierdzenie wyboru Dra Rogowicza na redaktora „Pamiętnika Towarzystwa,” od Głównego Zarządu Prassy otrzymano. Wreszcie większością głosów przyjęto wniosek nowego redaktora Pamiętnika, aby członków-korespondentów którym mowa polska nie jest obcą, i którzy żadnego udziału w pracach Towarzystwa nie biorą, zobowiązać moralnie do prenumerowania „Pamiętnika”, czasopisma nakładem członków czynnych wydawanego. Wzmiankujemy o tem jedynie, aby nie wkraczać w dziedzinę stałego sprawozdawcy z posiedzeń Towarzystwa, któremu pozostawiamy rozpatrzenie tego wniosku i sposobu w jaki członkowie-korespondenci, w braku innego udziału, wywiązaćby się mogli z moralnego zobowiązania, jakie za tę godność niewątpliwie względem Towarzystwa zaciągnęli.

Słyszeliśmy, iż członkowie Towarzystwa w dowód uznania 5-cio letniej gorliwej i pożytecznej działalności dotychczasowego prezesa prof. Brodowskiego, zamierzają obdarzyć go stosownym upominkiem. Urzeczywistnienia tego zamiaru z upragnieniem oczekujemy.

Nowi lekarze. Tutejszy uniwersytet przyznał w ostatnich dniach r. z. stopień lekarza następującym swoim wychowañcom: Franciszkowi Aksamitowskiemu, Bronisławowi Chrostowskiemu, Józefowi Pawińskiemu i Feliksowi Węgiełek.

J. R.

O g ł o s z e n i a.

CENTRALBLATT für CHIRURGIE,

wydawany pod redakcją

Dra LESSER, Dra SCHEDE i Dra TILLMANS.

Tygodniowo jeden Numer, składający się najmniej z jednego arkusza in 8^o, cena półroczna 4 rs. (10 marek). Wszystkie księgarnie przyjmują zamówienia. Numera próbne znajdują się we wszystkich znaczniejszych księgarniach.

Lipsk, Grudzień 1874 r.

Breitkopf & Härtel.

TRAN

wyborowy, oczyszczony sposobem wynalezionym przezemnie i ogłoszonym w pismach lekarskich przed kilku laty, sprzedaje się w składzie głównym w Apteczce przy ulicy Elektoralnej, oraz w wSklepiach urzędzonych do sprzedaży Wód mineralnych: na Nowym-Swicie, Nr. 51.—Marszałkowska, Nr. 37. — Niccała, dom Towarzystwa lekarskiego Nr. 7, — oraz w bardzo wielu Aptekach na Prowincyi i w Cesarstwie. Cena butelki kop. 50, nieoczyszczonej kop. 45. Tranu z żelazem i jodkiem żelaza, dostać można tylko w apteczce.

W. Karpiński, Magister Farmacyi.